

Claim No. _____

PROGRAMME D'ASSISTANCE AUX VICTIMES ET D'ASSAUT SEXUEL

**DEMANDE D'INDEMNITÉS COMPENSATOIRES ET DE REMPLACEMENT
DES BIENS**

1) **Nom de la Victime** _____ 2) _____
Nom de Famille Prénom(s) No de Sécurité Sociale

3) Adresse _____
Rue Ville/Localité État Code Postal

Téléphone: Domicile: _____ Travail: _____

4) Date de Naissance de la victime ____/____/____ 5) Sexe : ____ Masculin ____ Féminin

6) Race : ____ Noire (Origine non-hispanique) ____ Indien d'Amérique ou d'Alaska
____ Hispanique ____ Asiatique ou Insulaire du Pacifique
____ Blanche (Non-hispanique) ____ Autre

7) **Nom du demandeur** _____

(si la victime est mineure ou décédée) _____
Nom de famille Prénoms

Adresse _____
Rue Ville/Localité État Code Postal

Téléphone : Domicile : _____ Travail : _____

INFORMATIONS SUR LE CRIME

a. Date du crime _____

b. Type de crime _____

c. Date du rapport de police _____

d. Nom du Département _____

Rapport No

EMPLOI

Employeur actuel : _____

Adresse de l'employeur : _____

Personne contact/Numéro de tél. : _____

SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI

Employeur le plus récent : _____

Adresse de l'employeur : _____

Personne contact/Numéro de tél. : _____

Description de l'incident : _____

Continuer sur la page 4 si nécessaire.

INFORMATIONS SUR LA DEMANDE

Dépenses médicales \$ _____

Expliquez _____

Valeur des biens volés ou endommagés \$ _____

Expliquez _____

Coût des réparations \$ _____

Expliquez _____

Perte de salaire \$ _____

Expliquez _____

Montant remboursé ou payé à ce jour \$ _____

Source: _____

Compagnie d'Assurances, Employeur, Contrevenant, etc.

TOTAL DE LA DEMANDE \$ _____

INFORMATION SUR LE REVENU

Revenu annuel brut de la famille : \$ _____ ou Revenu mensuel : \$ _____

Sources: Salaire _____ Assistance Publique _____
 Pension de retraite _____ Pension entre époux _____
 Sécurité Sociale _____ Pension alimentaire _____
 Pension d'invalidité _____ Autre _____

PERSONNES À CHARGE

Noms	Relation familiale	Âges

DÉCLARATION

J'affirme que les indemnités ou le remplacement des biens demandés ne m'ont pas déjà été fournis par une autre source telle qu'une assurance ou d'autres programmes de subventions. Je comprends que toute réparation pour mes pertes par le biais d'une action légale (action en restitution ou action civile) par laquelle j'aurai reçu des indemnités, devra être remboursée à Montgomery County. Je déclare que l'information fournie et les déclarations faites au Programme d'Assistance aux Victimes et d'Assaut Sexuel sont vraies et basées sur des faits personnellement connus de moi.

Signature du Réclamant* _____ **Date** _____

*Si le réclamant est mineur, la demande doit être signée par un de ses parents ou un tuteur.

